L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE

DANS

LES CANCERS DE L'ABDOMEN

(*Second Mémoire*)

PAR

E. TROISIER
Professeur agrégé
Médecin de l'hôpital Lariboisière

Extrait des Archives générales de médecine
Numéro d'avril 1893.

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1893

L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE

DANS

LES CANCERS DE L'ABDOMEN

(*Second Mémoire*)

PAR

E. TROISIER
Professeur agrégé
Médecin de l'hôpital Lariboisière

Extrait des Archives générales de médecine
Numéro d'avril 1893.

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1893

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30589010

L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE

DANS

LES CANCERS DE L'ABDOMEN

I

J'ai démontré, dans un précédent mémoire (*Archives générales de médecine*, 1889), que l'adénopathie sus-claviculaire peut apparaître dans le cours d'une affection cancéreuse de l'abdomen et je crois avoir contribué à lui faire prendre place dans la séméiologie.

Depuis lors, j'ai recueilli de nouveaux faits qui viennent confirmer mes premières recherches et l'on m'en a communiqué un certain nombre. Ils prouvent la fréquence de cette adénopathie, mais je ne crois pas devoir les publier tous et je ne donnerai dans cette note que les plus intéressants.

Le premier (1) peut servir à démontrer le rôle du canal thoracique dans la propagation du cancer jusqu'aux ganglions sus-claviculaires.

J'avais fait observer que l'adénopathie est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite et j'avais cherché la cause de cette localisation dans les relations anatomiques qui existent entre les ganglions sus-claviculaires gauches et la terminaison du canal thoracique. J'avais dit que ce vaisseau devait servir de voie à l'infection cancéreuse. Or, dans le cas suivant, il existait une altération du canal thoracique dans toute son étendue, de sorte que l'on pouvait suivre la propagation de la lésion depuis la capsule surrénale, l'organe primitivement

(1) J'ai communiqué ce fait à la *Société méd. des hôpitaux*. (*Bull.* 1890, p. 266.)

atteint, jusqu'aux ganglions sus-claviculaires gauches, dont les canaux efférents viennent, comme on sait, se jeter dans le canal thoracique au niveau de l'anse terminale.

Voici ce fait que j'ai observé et étudié avec M. Achalme, qui était alors mon interne, et que je remercie bien vivement de son concours.

Observation I.

Cancer de la capsule surrénale gauche avec envahissement du rein. Propagation aux ganglions sus-aortiqnes et médiastinaux. Lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée. Adénopathie sus-claviculaire gauche. Hématuries. Coliques néphrétiques. Hémoptysies et expectoration d'un débris de ganglion cancéreux.

R... (Auguste), âgé de 34 ans, est entré dans mon service, à la Pitié, le 25 février 1890.

Jusqu'au mois de juillet 1889, il a été bien portant et il a mené une vie très active. A cette époque, sans que sa santé générale parût altérée, il commença à ressentir une pesanteur dans les reins, principalement du côté gauche. Le 15 juillet, il fut pris, au milieu de la nuit, peu de temps après une miction abondante, d'une vive douleur dans la région lombaire gauche et il rendit près d'un demi-litre d'une urine très louche. Il était remis en apparence quand, le 24 juillet, il fut pris subitement le soir, sans douleur, d'une hématurie très abondante. Il vint à la consultation de la Pitié le lendemain matin, apportant son urine qu'il avait rendue la nuit et qui avait formé un caillot compact.

Il fut admis dans la salle de M. Audhoui. M. Achalme, interne du service, avait conservé sur ce malade les notes suivantes :

25 juillet 1889. L'hématurie a persisté, mais elle n'est pas continuelle ; entre deux mictions sanguinolentes ou parfois même formées de sang pur, il rend un verre d'urine absolument normale et dépourvue d'albumine, ce qui est en rapport probable avec la lésion d'un seul rein.

La palpation de l'hypochondre gauche, combinée avec la pression sur la région lombaire, détermine une douleur très vive qui s'irradie dans la direction de l'uretère. A droite, l'exploration n'éveille aucune douleur. On ne constate rien à la prostate ni aux testicules. Le foie a ses dimensions normales. Rien aux poumons ni au cœur.

Pendant quelques jours, les urines présentent les mêmes alterna-

tives. L'examen microscopique du dépôt des urines sanguinolentes ne révèle que la présence des globules rouges. Les mictions sanguinolentes diminuèrent peu à peu de fréquence et d'intensité et, le 5 août, le malade, se sentant mieux et n'urinant plus le sang depuis deux jours, demande à quitter l'hôpital.

Le 11 août, il y rentre d'urgence, dans l'après-midi, en proie à un violent accès de colique néphrétique. La douleur, siégeant au niveau du rein gauche et s'irradiant le long de l'uretère jusque dans le testicule, arrache des cris au malade et augmente au moindre mouvement et au moindre contact. L'exploration de la région est impossible en raison des douleurs qu'elle éveille. Cette colique persiste jusqu'au lendemain soir. Nouvelle colique néphrétique le 14 août.

Le 20 août, on fait passer le malade en chirurgie, dans le service de M. Polaillon; mais les hématuries et les douleurs ayant complètement cessé, aucune opération n'est tentée et R... quitte l'hôpital le 3 septembre.

Le 12, il y rentre à nouveau, les hématuries ayant reparu. Les douleurs sont moins vives. A ce moment, l'exploration de l'hypochondre gauche permet de percevoir, au niveau du rein, une tumeur très volumineuse et très douloureuse à la pression.

Comme le malade réclame instamment une intervention chirurgicale, il est adressé le 16 septembre au service de M. Guyon. Il resta à Necker un mois et demi et en sortit à peu près dans le même état, sans avoir subi d'opération.

Il revient à la Pitié le 30 décembre. Ses urines sont uniformément sanglantes et contiennnent une proportion d'albumine qui semble supérieure à celle qui pourrait provenir du sang mélangé. Même douleur à la pression dans l'hypochondre gauche. Le volume de la tumeur semble stationnaire.

Le 3 janvier 1890, le malade est pris d'une forte hémoptysie, sans que rien ait jusque-là attiré l'attention sur l'appareil respiratoire. A l'auscultation, on trouve un foyer de râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon gauche en arrière; sibilances disséminées. L'hémoptysie persista pendant quelques jours, non plus très abondante, mais sous forme de crachats spumeux et rutilants. En même temps, le malade fut pris d'une dyspnée à maximum nocturne qui l'oblige à passer la nuit assis sur son lit. Malgré la persistance de la dyspnée, R... part pour Vincennes le 4 février. Les urines étaient redevenues claires et non albumineuses.

Après un séjour d'une quinzaine à Vincennes, il revient à la Pitié

le 25 février et c'est alors qu'il est placé dans mon service. L'amaigrissement et l'affaiblissement ont fait de grands progrès. Le sang a reparu dans l'urine depuis trois ou quatre jours, mais il ne s'y rencontre pas d'une manière constante.

Le symptôme dominant est l'oppression, qui a beaucoup augmenté depuis le 4 février. Le décubitus est impossible; le malade reste nuit et jour assis sur son lit, comme un emphysémateux. Il a, en outre, des accès de dyspnée qui durent environ un quart d'heure et pendant lesquels il perd complètement respiration. La toux est peu fréquente et apparaît de temps en temps par quintes suivies d'un accès d'oppression. Le thorax est distendu, à l'état d'inspiration continuelle; les mouvements respiratoires sont très fréquents et de peu d'étendue. Le murmure vésiculaire est diminué dans toute la poitrine, l'expiration est prolongée et des râles sonores et humides sont disséminés à droite et à gauche, sans localisation spéciale.

L'expectoration est abondante, spumeuse, avec du muco-pus en suspension et légèrement teintée de sang. L'examen bactériologique des crachats n'y fait pas découvrir de bacilles.

Le 5 mars, à la suite d'une quinte de toux plus violente que d'habitude, le malade expectore une petite masse charnue, de la grosseur d'un pépin d'orange, de couleur blanchâtre, ayant l'aspect d'un petit ganglion.

La dyspnée augmente de plus en plus, ainsi que l'état asphyxique et le 15 mars le malade mourut au milieu d'un accès de suffocation.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Au niveau de la loge rénale gauche, on trouve une volumineuse tumeur formée par la capsule surrénale et par le rein. La capsule surrénale est complètement transformée en tissu cancéreux; son volume est celui d'une petite orange. Le rein, peu augmenté de volume, présente à la coupe plusieurs noyaux cancéreux disséminés dans le parenchyme. Le bassinet est distendu et rempli d'une urine trouble : un champignon cancéreux ulcéré, partant du tissu rénal, fait saillie dans sa cavité. A la partie interne de la tumeur, se trouve un gros paquet de ganglions (ganglions lombaires et sus-aortiques) dont l'un atteint le volume d'une mandarine. La capsule fibreuse qui limite l'atmosphère adipeuse du rein présente un réseau de vaisseaux lymphatiques cancéreux.

Le rein droit est sain, ainsi que la capsule surrénale. La vessie, la prostate, les testicules ne présentent pas d'altération. Il en est de même du foie, de l'estomac et de tout le tube intestinal.

Le diaphragme est absolument sain sur ses deux faces. On n'y voit aucune traînée lymphatique.

Cavité thoracique. — Les poumons sont augmentés de volume, sans adhérences pleurales. Congestion hypostatique des bases. Toute la surface des poumons est sillonnée par un réseau de lymphatiques dilatés et remplis d'une matière jaunâtre, réseau qui est surtout serré, à droite et à gauche, au voisinage du hile, sur la face interne, sur la face diaphragmatique et sur le bord postérieur du lobe inférieur. Les lymphatiques profonds sont également atteints en très grand nombre. Le tissu pulmonaire est œdématié et à la coupe,il s'en écoule une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Il y a quelques noyaux cancéreux secondaires au pourtour desquels les vaisseaux lymphatiques altérés sont plus abondants. Dans une grande partie de l'arbre bronchique, il existe des nodules cancéreux sous-muqueux qui rétrécissent notablement la lumière de la bronche.

Les ganglions lymphatiques du hile de chaque poumon sont dégénérés et forment de volumineuses tumeurs cancéreuses autour des grosses bronches et de la trachée. Les ganglions du médiastin postérieur forment une masse compacte accolée à la colonne vertébrale.

La plèvre costale est indemne.

Le péricarde contient une petite quantité de liquide. Le cœur et l'aorte ne présentent pas de lésion; le ventricule droit est dilaté.

Creux sus-claviculaires. — A gauche, derrière la partie moyenne de la clavicule, on trouve un ganglion cancéreux de la grosseur d'une petite noix; au-dessous et en dehors de ce ganglion, presque en contact avec lui, on sent une petite masse dure qui est en rapport avec la terminaison du canal thoracique, comme nous allons le voir.

Il n'y a pas de ganglions dans la région sus-claviculaire droite.

Pas de ganglions inguinaux, ni de ganglions axillaires.

Dissection du canal thoracique. — Le canal thoracique présente la dégénérescence cancéreuse dans presque toute son étendue. Nous avons pu le disséquer à partir de la citerne de Pecquet, au niveau de laquelle vient se jeter un vaisseau lymphatique volumineux, sain en apparence, émergeant du paquet ganglionnaire situé en dedans de la tumeur rénale. Ce n'est qu'au-delà du diaphragme que commence à apparaître la dégénérescence du canal. Il se transforme rapidement en un cordon dur, rempli de matière caséeuse et va se confondre avec une masse ganglionnaire adhérente avec la grande azygos et en rapport immédiat avec les ganglions dégénérés du médiastin postérieur; sur une longueur d'environ 5 centimètres, il ne

peut être séparé de cette masse à laquelle il est accolé. Plus haut, il reprend l'aspect d'un cordon qui peut être détaché des ganglions situés au-devant de lui. Après un trajet de 3 centimètres environ, il est le siège d'un renflement fusiforme de 4 à 5 centimètres de longueur, ayant à peu près le diamètre d'un crayon, libre de toute adhérence avec les tissus voisins et présentant à la coupe l'aspect du tissu cancéreux. Au-dessus de ce renflement, le canal reprend son aspect normal jusque près de son embouchure dans la veine sous-clavière gauche. A ce niveau, il est le siège d'une nouvelle formation de tissu cancéreux, de la grosseur d'une petite amande, qui se termine du côté de la veine par un champignon à nu dans la lumière du vaisseau, immédiatement au-dessous de la valvule.

Le ganglion sus-claviculaire signalé plus haut se trouve situé en dedans et à peu de distance de cette petite tumeur; il est relié à elle par des lymphatiques, qui sont intacts en apparence. Il est distant de plusieurs centimètres des ganglions trachéaux.

L'examen microscopique de la capsule surrénale, du rein, des ganglions (y compris le ganglion expectoré) et du canal thoracique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Au point de vue clinique, je ne relèverai dans cette observation que l'expectoration d'un débris de ganglion cancéreux. Le malade a rejeté, comme je l'ai dit plus haut, au milieu d'une violente quinte de toux, une petite masse blanchâtre, ayant la consistance et l'aspect d'un ganglion ramolli. Il est inutile de dire que l'examen microscopique, s'il avait été pratiqué pendant la vie du malade, aurait permis de préciser le diagnostic et d'affirmer la dégénérescence cancéreuse des ganglions bronchiques (1).

Ce cas présente, en outre, un bel exemple de *lymphangite pulmonaire généralisée*, lésion que j'ai décrite dans ma thèse de doctorat (2), dont l'interprétation suscite encore des controverses et qui reste jusqu'ici une surprise d'amphithéâtre (3).

---

(1) Cet accident est assez rare. Les auteurs ne citent que les trois cas rapportés par Monneret dans sa *Pathologie générale* (t. III, p. 435, 1861).

(2) Troisier. Recherches sur les lymphangites pulmonaires. Thèse de doct., 1874.

(3) J'ai dit dans ma thèse, qu'on pouvait en soupçonner l'existence, lorsqu'on voit survenir la dyspnée progressive et l'asphyxie lente chez un

Mais je ne veux retenir de cette observation que ce qui démontre la participation du canal thoracique à la transmission du cancer jusqu'aux ganglions sus-claviculaires gauches.

Eh bien! l'autopsie n'a-t-elle pas permis de suivre la marche de la lésion et d'en reconstituer pour ainsi dire les différentes étapes?

Parti de la capsule surrénale, le cancer a d'abord atteint les ganglions lombaires et y est resté probablement confiné pendant un certain temps. De là, il s'est propagé au canal thoracique qui reçoit à son origine les vaisseaux lymphatiques efférents de ces ganglions. L'altération du canal ne se montrait qu'à une certaine distance de la citerne de Pecquet; mais ne savons-nous pas que les troncs lymphatiques (et le canal thoracique ne doit pas faire exception) peuvent transmettre les sucs cancéreux aux ganglions, tout en restant intacts en apparence? La dégénérescence du canal thoracique commençait immédiatement au-dessus du diaphragme et s'étendait jusqu'à son embouchure dans la veine sous-clavière, où elle formait un bourgeon cancéreux qui faisait saillie dans l'intérieur du vaisseau.

De là aux ganglions sus-claviculaires, il n'y avait à traverser que les vaisseaux lymphatiques qui mettent ces ganglions en rapport avec l'anse terminale du canal thoracique. Dans la dernière partie de ce trajet, la propagation a dû se faire dans un sens opposé au cours de la lymphe ; mais, comme je l'ai déjà dit, c'est un mode de propagation que l'on observe assez fréquemment pour d'autres ganglions.

Telle est l'interprétation que comporte ce fait.

Je suis loin de prétendre que l'adénopathie sus-claviculaire gauche reconnaît toujours le même mécanisme. Il faudrait

---

malade atteint de cancer, surtout si l'on a déjà reconnu la formation de noyaux secondaires dans les poumons. Mais il faut tenir compte des lésions concomitantes du parenchyme pulmonaire (infiltration cancéreuse intra alvéolaire, œdème) et de l'adénopathie trachéo-bronchique qui détermine des phénomènes de compression. Il est vraiment bien difficile de dégager dans la symptomatologie de cet état complexe ce qui appartient à la lymphangite pulmonaire.

d'abord établir que le canal thoracique est atteint dans tous les cas ; or, si l'on s'en tient aux faits publiés jusqu'ici (1), le cancer de ce vaisseau serait plutôt une exception.

Lorsque l'adénopathie sus-claviculaire gauche n'est reliée au cancer primitif ni par l'altération du canal thoracique, ni par l'existence d'une chaîne ganglionnaire dans le médiastin, force est bien de revenir à l'hypothèse que j'ai présentée dans mon premier mémoire et d'après laquelle le canal thoracique jouerait, à l'égard des ganglions sus-claviculaires, le rôle d'un vaisseau afférent et servirait au transport des éléments cancéreux sans participer lui-même à la lésion.

II

Ma seconde observation est un exemple d'apparition précoce du ganglion sus-claviculaire.

C'est dans les cas de ce genre que l'adénopathie acquiert une grande valeur séméiologique. Habituellement, elle se montre à une période avancée de l'affection cancéreuse ; c'est une manifestation pour ainsi dire terminale de la maladie. Quelquefois cependant, elle apparaît cinq ou six mois avant la mort ; mais il est tout à fait exceptionnel que la survie soit de plus longue durée. Dans un cas (obs. XIX de mon premier mémoire (2), elle a été de deux années.

Chez ma malade, le ganglion sus-claviculaire s'est développé dix-neuf mois environ avant la mort, et à une époque assez rapprochée du début de la maladie.

L'observation suivante est encore curieuse à un autre titre. Le ganglion sus-claviculaire provoquait, par sa présence au voisinage du plexus brachial, des crises douloureuses si violentes et si répétées qu'on dut en pratiquer l'ablation.

---

(1) Le cancer du canal thoracique n'est signalé, à ma connaissance, que dans une seule observation, celle que M. Raymond a communiquée à la *Soc. méd. des hôp.*, 1886, p. 441.

(2) Extraite du Mémoire de M. Cornil sur le cancer. — (Mém. de l'Acad. de méd., t. XLVII.)

Différentes considérations, la nécessité de soulager la malade, la probabilité d'une lésion de l'estomac encore peu avancée, justifiaient cette opération, qui fut pratiquée par mon collègue et ami Polaillon ; la névralgie disparut, ou peu s'en faut, et la malade vécut encore seize mois sans qu'il y ait eu récidive de la tumeur sus-claviculaire.

Ici encore, comme dans les observations précédentes, l'adénopathie siégeait à gauche.

Observation II.

Cancer probable de l'estomac. — Apparition précoce d'un ganglion sus-claviculaire gauche, accompagné de crises douloureuses par irritation du plexus brachial. — Ablation de ce ganglion seize mois avant la mort.

Z... (Anna), âgée de 69 ans, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, le 22 mai 1890. Elle se plaignait de douleurs dans le bras gauche.

En examinant son épaule, je découvris dans le creux sus-claviculaire, en dehors et en arrière des insertions claviculaires du sterno-mastoïdien, une tumeur de la grosseur d'une noix, très appréciable à la vue, dure, peu mobile et paraissant enclavée dans les parties sous-jacentes, mais sans adhérence avec la peau qui avait conservé sa coloration et sa souplesse. Elle était le siège d'une douleur presque continue, avec des irradiations très vives, qui se reproduisaient sous forme de crises. Elle présentait tous les caractères d'un ganglion cancéreux. Au dire de la malade, cette grosseur s'était montrée depuis deux mois, soit à la fin de mars. Depuis quelque temps déjà, avant l'apparition de cette tumeur, Z... perdait ses forces et maigrissait. Elle avait un aspect cachectique très accusé, mais malgré l'exploration la plus minutieuse de tous les appareils, il fut impossible de localiser l'affection cancéreuse primitive. Il y avait de l'anorexie, mais aucun des troubles fonctionnels qui permettent d'affirmer le cancer de l'estomac ; l'exploration de l'épigastre était un peu douloureuse. J'ajoute qu'il n'existait aucun signe de rétrécissement de l'œsophage.

La malade revint de temps en temps à la consultation ; ce n'est que le 4 juillet qu'elle consentit à entrer à l'hôpital.

A cette date, la tumeur était restée stationnaire, et elle était toujours le siège de douleurs très vives. L'état général ne s'était pas

sensiblement aggravé. L'exploration de tous les organes restait toujours négative.

Quoiqu'il fût très probable, pour ne pas dire certain, qu'il existait un cancer viscéral, je me demandais s'il n'était pas indiqué d'enlever ce ganglion sus-claviculaire, dans le seul but de soulager la malade, ces crises douloureuses étant vraisemblablement en rapport avec l'irritation du plexus brachial par la tumeur ganglionnaire.

M. Polaillon, à qui je soumis le cas, fut d'avis d'intervenir. La malade fut opérée le 16 juillet. La tumeur fut enlevée en totalité ; elle n'était pas adhérente à la peau, mais elle faisait corps avec le muscle sterno-mastoïdien. La plaie se réunit par première intention et se cicatrisa sans aucun accident.

L'ablation de cette tumeur amena un soulagement notable, mais les mouvements du bras restèrent gênés et douloureux. Il n'y eut, cela va sans dire, aucune amélioration dans l'état général.

La malade quitta l'hôpital. Je la revis de temps en temps, et je l'examinai pour la dernière fois le 20 juillet 1891.

L'amaigrissement était extrême, et l'aspect cachectique très accusé, avec coloration jaune paille de la peau. OEdème des pieds. Anorexie complète. Vomissements glaireux et aqueux. Pas de tumeur appréciable à la palpation de l'abdomen. Pas de signes d'affection utérine ou rectale.

La région sus-claviculaire ne présente ni tumeur ni induration au niveau de la cicatrice. La peau a conservé sa souplesse et sa mobilité sur les parties sous-jacentes.

On ne trouve aucun ganglion ni dans les aisselles ni dans les aines.

Cette malade mourut à son domicile, le 15 novembre 1891, c'est-à-dire seize mois après l'opération. Il m'a été impossible d'obtenir des renseignements sur les symptômes qu'elle avait présenté depuis qu'elle était confinée dans sa chambre.

Il s'agissait, très probablement, dans ce cas, d'un cancer de l'estomac.

Examen du ganglion sus-claviculaire. — La tumeur enlevée était de la grosseur d'une noix. Sa coloration était d'un gris rosé, sa consistance un peu molle ; elle se déchirait facilement et elle était assez vasculaire.

L'examen histologique, fait après durcissement par l'alcool et coloration au picro-carmin d'Orth, démontra qu'il s'agissait d'un ganglion cancéreux (épithélioma à cellules cylindriques).

En présence de ce fait, je me demande si l'adénopathie sus-claviculaire contre-indique absolument toute intervention chirurgicale, comme je l'ai dit dans mon mémoire.

Le plus souvent, sans doute, elle est une preuve de généralisation du cancer ; mais il ne faut pas oublier que parfois elle représente la seule adénopathie à distance, les ganglions du médiastin et même les ganglions en rapport avec l'organe primitivement atteint, restant indemnes (obs. III, XI, XVIII et XXVI).

Il en était probablement ainsi dans le cas actuel, et c'est ce qui permet de comprendre la longue survie de la malade. La mort serait certainement arrivée plus tôt, si la chaîne ganglionnaire avait été atteinte au moment de l'ablation du ganglion sus-claviculaire.

III

Voici, en dernier lieu, un cas de cancer du testicule avec adénopathie sus-claviculaire gauche. Cette intéressante observation m'a été communiquée par M. le Dr Godin, médecin-major aux Andelys. Je la donne ici surtout en raison de l'organe atteint. Le testicule, en effet, ne figure pas dans le relevé que j'ai donné, et qui comprend tous les viscères de l'abdomen, estomac, intestin, pancréas, foie, reins, capsules surrénales, utérus et ovaires. Il était à prévoir que le cancer du testicule ne ferait pas exception, puisque les lymphatiques de cet organe se rendent dans les ganglions lombaires.

Observation III.

Cancer du testicule gauche. — Castration. — Adénopathie sus-claviculaire gauche et ganglion axillaire.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, chez lequel le cancer du testicule paraît avoir débuté au commencement de juin 1892. Le Dr Vételet, médecin aux Andelys, qui soignait ce malade, jugeant qu'une intervention chirurgicale pouvait être utile, appela en consultation le

Dr Pétel, de Rouen. Celui-ci fit la castration le 18 octobre 1892. A ce moment, la tumeur formait une masse dure, oblongue, où tout était confondu.

A la coupe de cette tumeur, on vit que le testicule avait triplé de volume, et qu'il était envahi par un néoplasme ayant toutes les apparences du cancer. La partie centrale était représentée par une substance d'un blanc grisâtre, se déchirant facilement, et envoyant des prolongements jusqu'au voisinage de l'albuginée. Le cordon, sur la surface de section, présentait la même lésion. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'un carcinome. Cet examen a été fait par M. Godin, et j'ai pu examiner moi-même les coupes microscopiques qui ont été pratiquées sur les limites du néoplasme.

Au moment de l'opération, on avait constaté quelques ganglions inguinaux, peu volumineux.

Ce n'est que le 11 janvier 1893, que M. Godin, appelé à voir le malade pour la première fois, recherche l'adénopathie sus-claviculaire. Il trouve dans le creux sus-claviculaire gauche, un ganglion de la grosseur d'une petite noix, situé immédiatement en dehors du sterno-mastoïdien et dépassant de la moitié de sa hauteur le bord postérieur de la clavicule. Ce ganglion est mobile sous la peau, dur, non mamelonné. Le malade ne sait pas à quel moment cette tumeur s'est développée.

A cette date, le malade présente un état cachectique très avancé, et il souffre de douleurs intenses revenant par crises, ayant pour point de départ le cordon.

Aujourd'hui, 25 mars, le dépérissement est extrême. La tumeur ganglionnaire a doublé de volume, et fait bomber la région sus-claviculaire ; elle est dure, un peu mamelonnée, indolente, mobile et sans adhérence avec la peau. Elle semble toujours formée par un ganglion unique qui plonge derrière la clavicule, mais dont les trois quarts sont au-dessus de cet os.

Il n'y a pas de ganglion dans le creux sus-claviculaire droit ; mais on trouve un ganglion dans l'aisselle gauche (ce ganglion n'existait pas en janvier), et plusieurs petits dans l'aine du même côté.

Je tiens à faire remarquer, dans ce cas, l'existence d'un ganglion axillaire, survenu après l'apparition du ganglion sus-claviculaire. Je rappellerai à ce propos que les adénopathies à distance se produisent souvent, comme l'a montré

M. Jaccoud (1), dans les aisselles et dans les aines. Elles coexistent, du reste, fréquemment avec la sus-claviculaire.

Tels sont les nouveaux documents que je désirais apporter à la question.

IV

Je résumerai cette étude en quelques lignes.

L'adénopathie sus-claviculaire ne dépend pas nécessairement d'un cancer intra-thoracique. Elle apparaît fréquemment dans le cours d'une affection cancéreuse intra-abdominale. Elle se montre le plus souvent à une période avancée de la maladie ; quelquefois cependant elle est précoce, et elle peut survenir dix-huit mois et même deux ans avant la mort.

Au début, il faut la chercher pour la trouver, elle siège derrière la clavicule. Lorsqu'elle a pris un certain développement, elle forme une tumeur plus ou moins volumineuse qui fait saillie dans le creux sus-claviculaire. Elle peut rester stationnaire ou continuer à s'accroître progressivement. Elle est formée par un ou plusieurs ganglions, durs, bosselés, ordinairement mobiles, dans quelques cas fixés aux parties sous-jacentes, sans adhérence avec la peau.

Elle siège presque toujours à gauche, quelquefois elle est bilatérale. Elle s'associe assez souvent avec les adénopathies axillaires et inguinales (Jaccoud) et même avec l'adénopathie sus-épitrochléenne (2).

Elle précède ou elle suit les autres adénopathies externes.

Les ganglions carotidiens peuvent être envahis à la suite des ganglions sus-claviculaires.

---

(1) Voy. Thèse de M. Belin, *Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral*, 1888.

(2) C'est ce que j'ai observé dans un cas de cancer de l'estomac. Les ganglions sus-épitrochléens étaient atteints en même temps que les axillaires, les inguinaux et les sus-claviculaires. Ils n'étaient pas très volumineux, mais l'examen histologique a fait voir qu'ils avaient réellement subi la dégénérescence cancéreuse.

La prédilection de l'adénopathie pour le côté gauche s'explique par les rapports anatomiques qui relient les ganglions sus-claviculaires à la terminaison du canal thoracique. Quelquefois ce vaisseau a subi lui-même la dégénérescence cancéreuse, la lésion s'est alors propagée de proche en proche. Lorsqu'il n'est pas altéré, il est probable qu'il sert encore au transport des éléments cancéreux qui, partis du néoplasme abdominal, suivent cette voie pour arriver jusqu'aux ganglions sus-claviculaires et s'y greffer.

Enfin cette adénopathie est souvent reliée à la lésion d'origine par une chaîne de ganglions cancéreux.

On voit quelle est la signification du ganglion sus-claviculaire et en même temps quelle est son importance clinique. C'est un signe de la plus grande valeur que l'on devra rechercher systématiquement dans les affections de l'abdomen, comme on recherche les ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame.

A LA MÊME LIBRAIRIE

ÉTUDES MÉDICALES

DU

PROFESSEUR LASÈGUE

2 beaux volumes in-8.

Etudes biographiques. | *Etudes psychologiques.*
— de pathologie mentale. | *— cliniques.*

Prix. . . . . 25 fr.

TECHNIQUE DES PRINCIPAUX MOYENS

De Diagnostic et de Traitement

DES

MALADIES DES OREILLES & DES FOSSES NASALES

PAR

Le professeur Simon DUPLAY

In-18 de 168 pages, avec 36 figures dans le texte. — Prix.... **2** francs.

TECHNIQUE DES PRINCIPAUX MOYENS

De Diagnostic et de Traitement

EMPLOYÉS EN GYNÉCOLOGIE

A L'USAGE DES PRATICIENS ET DES ÉTUDIANTS

PAR

Le professeur Simon DUPLAY

In-18 de 192 pages, avec 44 figures dans le texte. — Prix.... **2** francs.

TRAITÉ DE CHIRURGIE CLINIQUE

Par P. TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine,
Chirurgien de la Pitié, Membre de l'Académie de médecine.

DEUXIÈME ÉDITION

2 vol. gr. in-8, avec 180 figures intercalées dans le texte. — Prix : **24** fr.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.